

岩国市手話通訳者等及び要約筆記者等派遣申請書

令和 年 月 日

障害者支援課長

様

所属名

責任者

連絡先（電話）（ ） -

(FAX) () -

下記のとおり派遣申請いたします。

記

内 容	医療 ・ 就労 ・ 教養 ・ 教育 ・ 研修 ・ 冠婚葬祭 ・ 奉仕活動 その他()
事 業 名 称 等	
趣 旨 及 び 目 的	
対 象 人 数	人（うち聴覚障害者 人）
派 遣 種 別	手話 ・ 要約筆記
派 遣 日 時	令和 年 月 日（ 曜日） 午前 ・ 午後 時 分 ～ 午前 ・ 午後 時 分
派 遣 場 所	
入場料等の徴収	☐ 無 ・ ☐ 有(円)
特 記 事 項	

(注) 内容の詳細が明記されている資料を添付してください。